

## **Du traumatisme crânien à la névrose traumatique. Les difficultés de la prise en charge pluridisciplinaire du patient en stage de réinsertion professionnelle, entre liaison, déliaison et rééducation**

Elise Pelladeau, Jean-Baptiste Marchand, François Pommier

### **Introduction**

---

A l'occasion de la prise en charge de Pierre, un jeune homme de 35 ans présentant un traumatisme crânien et les symptômes d'une névrose traumatique, reçu en tant que stagiaire en centre de rééducation et de réadaptation – Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation socioprofessionnelle (UEROS) – les auteurs de cet article examineront l'intrication entre cette symptomatologie psychopathologique et les lésions cérébrales et organiques. Il s'agira d'étudier les effets de cette affection organique sur les accompagnements psychologiques, éducatifs et de réinsertion professionnelle proposés par le service, à ce patient. Enfin, nous nous interrogerons, à un niveau institutionnel, sur le protocole d'accompagnement et de prise en charge de tous les autres patients atteints de névroses traumatiques, dont les équipes ont, en règle générale, tendance à retenir, avant tout, le traumatisme crânien grave et la lésion cérébrale acquise.

#### **UEROS : entre évaluation, accompagnement, réentraînement et suivi psychologique**

---

Les UEROS sont des services qui accueillent en grande majorité des personnes présentant une lésion cérébrale acquise : traumatisme crânien ou accident vasculaire cérébral, mais, parfois, il arrive que des patients souffrant d'autres pathologies cérébrales acquises (tumeur cérébrale stabilisée...) y soient accueillies. Les stages éducatifs et de réinsertion qui leur sont proposés durent d'une à vingt-quatre semaines et se déroulent en plusieurs temps : une phase d'évaluation (sociale, médicale, psychologique, neuropsychologique, fonctionnelle, professionnelle...), une phase de réentraînement, qui a pour but de diminuer l'incidence des troubles sur les activités de la vie quotidienne et professionnelle, une phase d'élaboration d'un projet professionnel adapté aux compétences, aux centres d'intérêt et prenant en compte les progrès réalisés par le stagiaire pendant la phase de réentraînement, et une phase de finalisation comprenant certaines évaluations de contrôle<sup>1</sup>. Au terme de ce stage à l'UEROS, une orientation sociale ou professionnelle est préconisée.

L'équipe UEROS, à laquelle nous nous intéressons, est composée de trois formateurs professionnels, bénéficiant d'une large expérience dans le champ de la réinsertion et du handicap. Les formateurs encadrent les stagiaires dans leurs démarches de réinsertion, tant dans le processus d'évaluation précédemment mentionné que dans l'accompagnement vers des stages professionnalisants ou professionnels. Une assistante sociale accompagne individuellement chaque stagiaire pour les démarches administratives et financières.

---

<sup>1</sup> Décret n° 2009-299 du 17 mars 2009 relatif aux UEROS.

Pelladeau, E., Marchand, J.-B. & Pommier, F. (2017). Du traumatisme crânien à la névrose traumatique. Les difficultés de la prise en charge pluridisciplinaire du patient en stage de réinsertion professionnelle, entre liaison, déliaison et rééducation. *Bulletin de psychologie*, 548, 131-139. <https://doi-org.ressources.univ-poitiers.fr/10.3917/bupsy.548.0131>

L'assistante sociale entreprend également des prises en charge groupales pour étayer les échanges entre les stagiaires et favoriser une certaine autonomisation. Un éducateur sportif est également présent, afin de mobiliser les sujets et de travailler l'endurance physique, endurance souvent mise à mal par les épreuves ou accidents à l'origine du handicap de chacun. Un médecin neurologue participe à temps partiel au service, il permet d'assurer le suivi somatique des sujets et d'évaluer leur aptitude aux différentes activités et projets proposés en fonction de leur handicap.

Enfin, le neuropsychologue est très présent dans la structure par des remédiations cognitives et des séances de réentraînement ; il organise des séances autour de modules comme le « handicap invisible » ou le « fonctionnement cérébral ». Ces séances de groupe ont pour but d'optimiser le savoir du sujet sur son handicap, en tenant essentiellement compte de la sphère intellectuelle : « comprendre le trouble pour lever l'anosognosie ».

Dans cette unité, le psychologue clinicien, soumis à la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de sécurité sociale<sup>2</sup>, endosse d'abord le rôle d'un évaluateur, mais il accompagne également les patients-stagiaires<sup>3</sup> tout au long de leur séjour, selon leur demande. Il est alors question, en ce temps de transition, d'inaugurer un suivi psychologique pour orienter le patient vers des services adaptés, s'il en éprouve le besoin, à la fin de son stage.

Or, entre évaluation, suivi de soutien et psychothérapie, les enjeux (bien que formellement distincts) peuvent être confondus dans les projections des stagiaires, mais aussi dans cette première rencontre, elle-même vecteur de mouvements et déjà potentiellement thérapeutique. Nous entendons, ici, le potentiel thérapeutique comme déjà inscrit dans un mouvement psychothérapeutique. En effet, la psychothérapie est entendue comme « toute thérapeutique par des procédés psychiques », fondée sur la relation personnelle entre le patient et le thérapeute, pour traiter les « désordres psychiques ou corporels » (Laplanche, Pontalis, 1967, p. 359). Le terme « psychique » s'applique à ce « qui concerne l'esprit, la pensée en tant que principe auquel on rattache une catégorie de faits d'expériences » (Brusset, 2003, p. 5).

Régulièrement, et de façon hebdomadaire, les réunions d'équipe permettent de faire le point sur les projets de chaque stagiaire, en tenant compte des difficultés somatiques, neuropsychologiques ou psychologiques de chacun pour penser un suivi socioprofessionnel individuel réaliste et qui tienne compte des résistances du stagiaire.

Cette pluridisciplinarité, vecteur d'une grande richesse, complexifie le travail du psychologue clinicien, soumis à des exigences parfois contradictoires, entre un relatif travail de déconstruction, indispensable au processus psychothérapeutique, et une remédiation cognitive centrale sur le plan institutionnel dans l'accompagnement des stagiaires.

Dans cet article, nous resterons fidèles à notre paradigme de pensée en nous intéressant spécifiquement au modèle psychanalytique pour comprendre la dimension traumatique, la réalité du handicap, et leur prise en charge à partir d'un cas spécifique : le cas de Pierre. Or, dans quelle mesure la pensée psychanalytique du traumatisme et son traitement pourraient être

---

<sup>2</sup> Convention collective nationale de travail du 8 février 1957.

<sup>3</sup> Les personnes accueillies en UEROS sont d'abord des stagiaires de la structure en réinsertion professionnelle, même si, il importe de le noter, ils restent des « patients », pour le médecin comme pour le psychologue.

conjuguée avec l'accompagnement, très éducatif, et la démarche de réinsertion professionnelle de l'UEROS ? La frontière est ténue entre les missions d'évaluation et d'orientation du psychologue, dans le cadre d'un suivi régulier, et le début d'un travail de psychothérapie. Elle pose la question du travail thérapeutique en puissance, parallèlement à une rééducation et à un réentraînement, qui disposent de temporalités distinctes, voire, parfois, contraires.

## La rencontre avec Pierre

---

Quand nous rencontrons Pierre, il commence son deuxième séjour au sein de l'UEROS. Il y a déjà fait un séjour d'un an, deux ans auparavant, en service de médecine physique et réadaptative, mais y revient dans une perspective différente, à savoir dans le cadre du service de formation et de réorientation professionnelle. Pierre est un homme de 35 ans, jeune papa d'une petite fille. Il intègre le service à contrecœur, car, selon lui, l'assurance l'a suffisamment indemnisé pour qu'il n'ait plus à travailler. Dans le groupe de stagiaires, il est bruyant. Il clame haut et fort sa différence d'avec les autres, qu'il appelle « les fous ». En effet, bien que Pierre ait subi un grave accident de voiture, avec un traumatisme crânien très lourd, les séquelles cognitives apparaissent minimes, comme dissimulées par l'ampleur des dommages physiques. Portant des broches dans les deux jambes, sa souffrance physique est quotidienne et les doses de morphine prescrites par les médecins l'ont, dit-il, « rendu complètement dépendant ».

À son arrivée dans le service, Pierre nous rencontre pour une consultation d'entrée. Il n'a jamais souhaité être suivi par un psychologue, car « il est clair que personne ne pourra [lui] rendre la vie [qu'il] avait avant ». Malgré ce qu'il dit de ses réticences, il ne tarde pas à rappeler cette vie d'avant « sans ombre », qui contraste avec son quotidien cauchemardesque d'aujourd'hui. Pierre apparaît, en effet, très tendu, le visage fermé, dans un état d'hypervigilance, qui entraîne chez lui un sursaut à chaque claquement de porte ou de tiroir. Très rapidement, il nous dit qu'il ne dort plus, que ses antalgiques l'apaisent un peu, mais que ses cauchemars quotidiens, depuis l'accident, l'épuisent. Il remémore alors timidement l'accident, ce jour où une berline a percuté de plein fouet sa camionnette avant de prendre feu sous ses yeux. Pierre dit revoir ces scènes dans son imagination et de façon très réaliste : « parfois je me demande comment je peux les voir, je ne sais pas si je ne les ai pas reconstruites [...] mais je ne pense pas qu'on puisse reconstruire l'odeur d'un corps qui brûle, si ? ». Il dit avoir des flashs récurrents de bruits, d'odeurs et d'images qui le surprennent à n'importe quel moment, sans qu'il n'y puisse rien.

Pierre, ironique, semble lutter sur deux fronts différents : celui de la douleur physique, et celui des scènes traumatiques qui continuent de le heurter. Il dit lutter contre cet état par des mélanges psycho-actifs variés, en plus des traitements déjà prescrits par les médecins. Il présente encore manifestement les caractéristiques certaines d'une névrose traumatique, comme nous la retrouvons décrite en psychiatrie militaire (Lermuzeaux, 2012), champs où l'on retrouve la plupart des éléments mis en évidence par Freud (1915). On y retrouve des réactions d'angoisse aiguë avec des retentissements somatiques et psychologiques, mais aussi des réactions hystériques avec états crépusculaires, voire des expressions confusionnelles ou délirantes. Si Pierre décrit des manifestations paroxystiques à son réveil du coma, réactions qu'il décrit sur un *continuum* jusqu'aux troubles qu'il rencontre encore aujourd'hui, il reste difficile d'en comprendre clairement l'imputabilité : entre étiologie psychogène et séquelle de coma.

## Du traumatisme à la névrose traumatique

---

C'est Oppenheim (1884) qui a introduit le terme de névrose traumatique, à propos des victimes d'accidents de chemin de fer. Par la suite, la question de la névrose traumatique se retrouve dans les travaux de Freud (1915), à partir des soldats traumatisés par le combat mené au front pendant la première guerre mondiale.

Selon Barrois, les névroses traumatiques résulteraient d'un « accident vécu comme brutal et soudain » (Barrois, 1988, p. 131), une « catastrophe intime, singulière » (Barrois, 1988, p. 131). La scène traumatisante comporterait une donnée constante : la rencontre entre le sujet et sa propre mort. Selon l'auteur, l'accident constituerait une sorte d'*éternel* rémanant. Les symptômes de la névrose traumatique, tout comme une butée, tenteraient vainement de graver la scène traumatisante. Dans le cas de Pierre, il serait intéressant de mettre ces apports théoriques en perspective des résurgences symptomatiques, dont souffre le patient à son arrivée dans le service : comme si le symptôme luttait activement contre les changements annoncés par l'intégration de l'UEROS.

Crocq (1999) prône, quant à lui, une vision davantage phénoménologique du trauma, reposant sur trois éléments : l'aliénation traumatique, le bouleversement de la temporalité et le « non-sens » impliqué par le trauma. Il envisage la névrose traumatique, non pas comme la conséquence de certains processus, mais comme « une construction factice du monde, dans un bouleversement de la temporalité, marquée du sceau de l'omniprésence du trauma horrifiant » (Crocq, 1999, p. 272). La temporalité subjective est alors rythmée par celle du trauma, qui recouvre tout l'espace psychique du sujet.

Comme le rappelle Bacqué (2003), la névrose traumatique a surtout le statut particulier d'avoir une étiologie extrapsychique (sa cause est extérieure à la personne), alors que les autres névroses découlent d'une étiopathogénie intrapsychique. La dimension, d'abord extrapsychique, nous apparaît particulièrement prégnante dans le cas de notre patient, même si les corrélats avec une susceptibilité prémorbide restent à apprécier au vu du fil de la psychothérapie. Pierre nous dit avoir eu l'impression d'être spectateur, à plusieurs reprises : « d'abord sur le lieu de l'accident, j'avais l'impression d'être là sans y être, un peu comme les impressions de mort imminente [...] J'entendais mais je ne sentais rien. C'est un peu ça que j'ai ressenti au réveil. J'avais l'impression que le type un peu légume ça pouvait pas être moi et je ne voulais surtout pas que ce soit moi [...] Je ne voulais pas que ce soit mon corps. Je ne le reconnaissais pas. Je ne reconnaissais pas mon esprit non plus ». La notion de « fracture » passive est extrêmement prégnante dans le discours de Pierre. Il s'agit des fractures de son corps, comme de son parcours de vie, car, depuis l'accident, « tout recommence à zéro » précise-t-il. À cela, il ne tardera pas à ajouter « mais c'est un zéro factice ». Ces éléments ne sont pas sans nous rappeler ce que Crocq (2012, p. 207) décrit comme le marquage « d'une discontinuité dans le cours de la vie du sujet ou de la société ». Crocq conçoit le trauma comme « déterminé par les conditions de l'agression, par son caractère de soudaineté, de brutalité, de violence et d'exception, et du sens des menaces qu'elle véhicule. Mais il est dépendant aussi du sujet qui subit cette agression, de sa personnalité, de l'état de ses défenses à ce moment-là, et du sens qu'il donne lui-même à l'agression » (Crocq, 1996, p. 367).

## L'amorce du travail psychologique : la mise en lien

---

Au fil des entretiens, Pierre parvient à écrire des notes sur un cahier qu'il nous apporte : des restes de cauchemars, des impressions, des cris, des bruits. Puis, le cauchemar de la veille : « c'était la même chose que dans mes souvenirs, mais cette fois, je bastonnais l'autre mec, qui avait mon visage ». Il confie alors : « sincèrement, j'aurais vraiment préféré le provoquer, cet accident. Les experts ont dit [que l'autre] roulait à 180... J'aurais aimé rouler à 180 ! ». Devant notre incompréhension, il esquisse un léger sourire et ajoute : « oui, j'aurais aimé être le responsable quitte à être en taule, quitte à avoir tué quelqu'un. Au moins, je n'aurais personne à blâmer. Il n'y aurait que moi. Je ne serais pas la victime de quelqu'un d'autre ». La position passive apparaît difficilement supportable pour Pierre. Elle lui rappelle ce corps « lourd » qu'il subit depuis, au quotidien, et les images du choc lui reviennent malgré lui. La passivité lui est intolérable. Il lui faut contrôler. Il va même jusqu'à nous donner l'impression de vouloir contrôler nos propres mouvements face à lui, mouvements qui pourraient potentiellement le surprendre : « S'il vous plaît, dites-moi quand vous bougez parce que moi je peux pas supporter le bruit de votre chaise ou du tiroir, vous voyez bien c'est insupportable pour moi ». L'angoisse en devient paralysante, et Pierre ne parvient manifestement pas à la lier, si ce n'est à une image et au souvenir de l'odeur d'un corps qui brûle dans la voiture d'en face. Les éléments de son discours semblent figés. C'est alors que Pierre présente de nouveaux symptômes. Il se dit angoissé à l'idée d'être anosognosique, et de ne pas avoir conscience des difficultés cognitives qu'il rencontrerait. En effet, en unité de réadaptation professionnelle, des groupes de parole avec des neuropsychologues et des psychologues, sont proposés aux stagiaires qui le souhaitent et, au sein de ces espaces, la notion d'anosognosie a été abordée. Pierre, qui se sent déjà en décalage avec les autres membres de son groupe, s'est alors fixé sur la peur phobique de ne pas se rendre compte qu'il aurait des difficultés cognitives. Ses idées s'alimentent réciproquement, s'imposent à lui et le conduisent à craindre ses pensées : « mais vous voyez cette boîte de mouchoir là, je la vois avec une forme hexagonale mais si cela se trouve elle est carrée ». La dimension phobique du fonctionnement psychique de Pierre semble prendre de plus en plus de place. Quand nous nous attardons sur ces craintes en entretien, Pierre les associe avec cette impression que « ses idées ne sont plus les siennes », dans la mesure où son corps lourd et douloureux n'est plus le sien non plus. Il relie cette sensation de dépersonnalisation aux traces mnésiques de l'accident, comme autant de « petits morceaux épars » qu'il tenterait de « recoller » dans les espaces de suivi psychologique. Si Pierre investit cet espace, il dit rencontrer des difficultés liées aux déconnexions entre ses différentes traces. L'entre-deux vecteur de vide lui semble particulièrement insupportable. C'est alors que, pour la première fois, il nomme ce qui apparaît comme un prolongement de sa main depuis plusieurs mois : une tablette tactile qui ne le quitte jamais. « Le seul truc qui peut faire un peu de lien, c'est ça... ça me rassure ». Quand nous lui demandons pourquoi, il allume alors l'objet qu'il porte au bout de son bras, et nous montre des photos d'une rare violence : les photos de l'accident prises par des pompiers sur les lieux... photos qu'il a pu récupérer par l'intermédiaire d'un ami. Pierre semble alors en lutte avec l'évènement traumatique, pris dans le travail du traumatisme, comme Freud en décrit les destins (1938) : entre béance et tentative de liaison, entre destin positif et destin négatif. Comme le rappelle Bacqué (2003), par le syndrome de répétition, le sujet cherche constamment à ranimer le souvenir de la scène refoulée et croit revivre un vécu marquant en le reproduisant de façon déplacée. Ces « à-coups successifs » visent une élaboration de ces traumatismes qui se regroupent selon Freud (1939, p.161-162) « en perceptions sensorielles affectant le plus souvent la vue et l'ouïe [ou] autour d'expériences touchant le corps même du sujet ». Les photos, qui ravivent les sens : l'odeur, la scène, la douleur, sont au service de l'élaboration par le support plaqué d'une représentation finalement plus excitante que liante, ou apaisante. Les effets négatifs du traumatisme consisteraient, quant à eux, à se défendre par

Pelladeau, E., Marchand, J.-B. & Pommier, F. (2017). Du traumatisme crânien à la névrose traumatique. Les difficultés de la prise en charge pluridisciplinaire du patient en stage de réinsertion professionnelle, entre liaison, déliaison et rééducation. *Bulletin de psychologie*, 548, 131-139. <https://doi-org.ressources.univ-poitiers.fr/10.3917/bupsy.548.0131>

l'évitement de la remémoration et de la répétition. Plusieurs questions se posent alors concernant les procédés éducatifs et rééducatifs proposés aux stagiaires des UEROS en réinsertion professionnelle, qui visent à améliorer l'efficacité cognitive endommagée par le traumatisme crânien, et l'impasse sur la réalité psychique du patient et la nécessité de liaison pour un dépassement du traumatisme. Les deux temporalités distinctes du réentraînement cognitif, par l'intermédiaire de groupes de formation, d'exercices et l'accompagnement de soutien psychologique ou psychothérapeutique proposé dans cet espace, et celle du psychisme de chaque patient sont-elles compatibles ? N'est-il pas nécessaire de séparer ces instants ? Faut-il alors restreindre le suivi psychologique proposé à une simple fonction « de suivi de soutien » ?

### **Psychothérapie ou « suivi de soutien » ?**

---

Il s'agit donc de s'interroger sur les missions des psychologues en UEROS, à savoir l'évaluation de la sphère psychoaffective (humeur, ressenti émotionnel, comportement, qualité de vie...) ainsi que des capacités intellectuelles, la mise en place de soutiens ponctuels pour les familles qui le demandent, l'animation de groupes thérapeutiques (notamment en compagnie de neuropsychologues)<sup>4</sup> et la mise en place d'entretiens individuels réguliers. L'objectif est alors d'apprécier le degré d'adaptabilité et d'évolution du stagiaire dans son parcours de réinsertion.

C'est surtout la question des « entretiens individuels réguliers » qui attire ici notre attention. En effet, il s'agit de recevoir régulièrement des stagiaires, qui s'inscrivent dans une démarche de réinsertion professionnelle à temps complet<sup>5</sup>, et les suivis psychothérapeutiques externes peuvent, parfois, être interrompus pendant 24 semaines. Or, évidemment, il va sans dire que la potentielle souffrance psychique du stagiaire nécessite toujours une prise en charge psychologique durant le stage à l'UEROS. L'accompagnement des stagiaires, lors des « entretiens individuels réguliers », se situe entre un simple suivi de soutien, qui risque d'être réducteur, et un accompagnement psychothérapeutique plus poussé autour de potentiels traumatiques, parfois très saillants en entretiens, permettant un processus de liaisons, autour de ce noyau, pour donner du sens à la répétition en quête d'autres représentations.

À propos des suivis de soutien d'inspiration psychanalytique, Brusset (2003) rappelle les travaux de Kernberg (2001), qui redéfinissent la psychothérapie de soutien fondée sur la théorie psychanalytique. Celle-ci utilise, dit-il, la clarification et la confrontation, « mais non l'interprétation en tant que telle » (Brusset, 2003, p. 48). Le soutien y est défini comme les énoncés du thérapeute qui visent à renforcer les compromis adaptatifs entre pulsion et défense, en proposant des informations cognitives (comme la persuasion et le conseil) et en apportant un soutien émotionnel. Il est discutable de considérer cette pratique comme psychanalytique, puisqu'elle semble avant tout fondée sur la compréhension humaniste et l'empirisme (Brusset, 2003). Or, la pratique de cette psychothérapie de soutien « par un analyste ne serait pas sans importance » (Brusset, 2003, p. 48), puisqu'elle serait parfois seule possible. Dans le cas de Pierre, il est aisé de constater que la clarification atteint très rapidement ses limites. Pierre interprète, questionne et apporte en séance les objets de ses angoisses, souvent actualisés par le

---

<sup>4</sup> <http://www.ueros.fr/quest-ce-quune-ueros-/21.html#>

<sup>5</sup> On compte une petite trentaine d'établissement UEROS pour le territoire national (France métropolitaine et Outre- Mer)

Pelladeau, E., Marchand, J.-B. & Pommier, F. (2017). Du traumatisme crânien à la névrose traumatique. Les difficultés de la prise en charge pluridisciplinaire du patient en stage de réinsertion professionnelle, entre liaison, déliaison et rééducation. *Bulletin de psychologie*, 548, 131-139. <https://doi-org.ressources.univ-poitiers.fr/10.3917/bupsy.548.0131>

mouvement éducatif : « avec les formateurs, on met des mots sur tout, mais de façon presque industrielle. On apprend nos troubles, mais on se fout de savoir à quelle vitesse on veut aller [...] et si on veut savoir ce qu'on a, on a le droit de ne pas savoir, ou de le découvrir autrement, non ? »

Évidemment, les groupes de formation et de réentraînement sont proposés par des professionnels formateurs aguerris, qui respectent la temporalité éducative du groupe en tant que sommation d'individus, mais ces professionnels formateurs ne sont pas formés au traitement et à l'écoute des fragilités induites chez ces patients par le traumatisme subi et réédité.

Dans ce qu'il rapporte en entretien, Pierre décrit clairement les mouvements contraires dans lesquels son suivi semble pris, entre ce qu'il nomme lui-même une « répétition pour oublier » : « on fait des exercices, pour oublier qu'on ne sait plus, pour effacer mais c'est paradoxal parce que, pour effacer les difficultés, il faut les répéter et les remplacer par autre chose » et d'un autre côté, une « répétition pour se souvenir », dans son suivi psychologique. Pierre cite souvent ce paradoxe en entretien hebdomadaire, ce qui nous pousse alors à repenser les objectifs du suivi. Si le cadre a été posé dès l'entrée de Pierre dans le service, avec une date de début, une date de fin et une possibilité d'orientation vers un service adapté à la fin de son stage (en Centre médico-psychologique, par exemple), le travail psychologique à partir du matériel apporté par le patient, peut-il être décevant freiné par le psychologue clinicien lui-même, alors que ses fonctions préalablement définies dépassent largement le cadre de l'évaluation et impliquent en soi des « entretiens psychologiques réguliers » ?

## **La déliaison au service du travail psychologique**

---

Pierre investit de plus en plus les séances. Il fait état de la passivité croissante dans laquelle il se sent vis-à-vis du groupe, envers les objectifs pédagogiques, même à propos de son travail psychologique dans lequel il dit « prendre un certain plaisir sans réussir à savoir où cela va le mener », mais aussi et surtout en miroir de sa passivité quasi traumatique, depuis l'accident qu'il a subi. Il revient alors sur son enfance et, plus particulièrement, sur le suicide de son frère, quand il n'avait que 4 ans. Son frère se serait suicidé devant lui, avec une arme à feu, alors que Pierre était caché dans le placard. En suite de cet épisode, Pierre dit avoir tenté de se faire « oublier ». S'il était trop bruyant ou se faisait remarquer « plus que de mesure », il tendait alors à sa mère le miroir de son « frère mort », comme un reflet insupportable, le poussant à craindre sa croissance, son activité... « je subissais mon corps. Je n'avais qu'une hantise, ressembler à mon frère ». Pierre associe sur le visage de son frère, auquel il ressemblait beaucoup avant son accident et qui, depuis la reconstruction, résonne comme la face d'un étranger : « c'est comme si ça tournait définitivement une page. Je ne suis plus sur les traces de mon frère mais à quel prix ». Pierre fait le lien avec sa décision de s'engager dans un suivi psychologique, comme si, pour la première fois depuis cinq ans (voire « depuis toujours » selon ses dires), il n'était pas « obligé » de subir. Il avait pu prendre une décision, celle de « chasser les fantômes » précise-t-il. Ici, les conceptions de Bokanowski (2011) autour des trauma dans la clinique d'aujourd'hui, nous éclairent sur les enjeux des répétitions subies par Pierre. L'auteur y reprend les notions de traumatismes primaire et secondaire. Il rappelle que le traumatisme primaire n'est pas seulement lié à des situations de détresse, mais aussi à des situations d'agonie, liées aux réponses inadéquates de l'objet qui se révèle insuffisante pour lier la décharge pulsionnelle, ce qui entraînerait, chez l'*infans*, une déliaison pulsionnelle. Le traumatisme secondaire, quant à

Pelladeau, E., Marchand, J.-B. & Pommier, F. (2017). Du traumatisme crânien à la névrose traumatique. Les difficultés de la prise en charge pluridisciplinaire du patient en stage de réinsertion professionnelle, entre liaison, déliaison et rééducation. *Bulletin de psychologie*, 548, 131-139. <https://doi-org.ressources.univ-poitiers.fr/10.3917/bupsy.548.0131>

lui, renverrait au maintien du primat du principe de plaisir/déplaisir, et serait en relation avec la théorie de la séduction. Le traumatisme, comme le rappelle l'auteur, ne désorganise pas le primat du principe de plaisir/déplaisir, mais refoule la motion pulsionnelle. C'est le barrage entre préconscient et conscient qui serait alors traumatique et qui définirait la place des premières pierres du travail thérapeutique. Ces deux niveaux de traumatisme se répondraient. Pour survivre, le sujet devrait se retirer de l'expérience subjective, à trois reprises dans le cas de Pierre : qu'il s'agisse du traumatisme primaire, du traumatisme secondaire et, enfin, dans un deuxième après-coup, de l'accident de circulation, dont il est, encore une fois, victime.

Au fur et à mesure du suivi, Pierre revient sur le ressentiment qu'il avait vis-à-vis de son frère : « je sais qu'il m'énervait, que j'avais des pensées négatives très fortes à son égard, mais je n'ai jamais su si, à 4 ans, il s'agissait d'une jalousie infantile fraternelle normale et intense comme peuvent l'être les conflits d'enfance ». Le clivage permettrait de séparer la partie survivante de la partie affectée par le traumatisme (Bokanowski, 2011). Dans ces traumatismes narcissiques, il resterait une sorte de trace de « non-trace », sur laquelle un réinvestissement hallucinatoire pourrait venir s'inscrire secondairement (Ferenczi, 1927-1933). Si les traces de l'expérience traumatique subsistent, la contrainte de la répétition conduira à leur réinvestissement. Pierre ajoute : « J'ai cauchemardé longtemps sur le suicide de mon frère : du bruit, et de son corps lourd qui tombe. Je faisais ce cauchemar très souvent, même adulte. Par contre, quand j'étais sur ma moto, j'oubliais tout ». Le clivage serait alors fragile et soumis à une lourde pression pulsionnelle. Face à cette impuissance (du côté de la passivité), et quand l'hallucinatoire resterait « insuffisant » – car suscitant des représentations de choses relativement fragiles –, des tentatives de « meurtre de la pulsion » (Bokanowski, 2011) viendraient au jour comme autant d'investissements d'une polarité plus active. Cette lutte entre passivité insupportable et tentative de maîtrise active, semble se rejouer dans le rapport de Pierre à l'accident de la route : entre « celui qui tue, et qui est tué dans sa course [...], celui qui subit, paralysé, figé, passif ». L'insuffisance du clivage ne paraît pas en mesure de contenir la pulsion. Dans le cas de Pierre, elle s'actualiserait par des menaces verbales répétées contre ceux qu'il nomme « les débiles », les autres stagiaires de son groupe, plus atteints que lui sur le plan cognitif. Semble alors se rejouer une relation d'emprise sur l'autre : celui qui lui tend un miroir peu séduisant de lui-même, et qui contraste alors avec le reflet de ce « frère » qui l'enfermait dans son passage à l'acte. Pour Pierre, il est question de se défaire de cette relation en l'agissant en entretien, nous laissant dans une position de spectateurs passifs, face à ces cauchemars qu'il énonce à une vitesse vertigineuse, sans permettre la moindre remarque de l'autre, rappelant alors les mécanismes de transfert par retournement (Roussillon, 1999). Tout semble se passer comme si, à cet instant, l'espace thérapeutique n'était qu'un « espace de retournement », accueillant une relation transférentielle sur deux pôles exclusifs : actif et passif. En effet, à propos de la dimension économique et pulsionnelle du transfert par retournement, Roussillon (1999) insiste sur l'importance du passage de la position passive à la position active. Par celui-ci, dans un mouvement s'apparentant à l'identification projective, le patient retourne à l'autre les mouvements pulsionnels qu'il ne peut traiter.

## **Quand le couvercle éducatif ne tient plus**

---

Alors que Pierre est en atelier de remédiation cognitive avec des neuropsychologues, il est question, en groupe, d'apprendre ensemble certaines « clés » du fonctionnement cérébral, pour trouver des stratégies de « compensation », dites « plus coûteuses » sur le plan cognitif



mais également plus « rentables » à long terme. La question de la compensation entraîne une réaction de violence de Pierre qui n'a « rien à compenser [...] rien à remplacer » dit-il. Cette vive réaction semble faire directement écho à ce qui, en effet, ne se remplace pas dans son organisation psychique, mais à ce qui se déplace, comme ses « traces », qui se délient pour se relier autrement dans son suivi psychologique. Dans l'après-midi, alors qu'il est question de s'entraîner autour d'exercices et de tests psychotechniques, Pierre s'effondre et dit aux formatrices qu'il ne supporte pas de réapprendre ce qu'il a déjà su... avant. La passivité et la perte apparaissent, une fois de plus, intolérables à Pierre, qui défend – comme il le souligne lui-même – son droit à continuer de vivre et de travailler, « même sans être comme avant, ou même sans savoir ». La question de la réorganisation psychique (ce qui vient de l'intérieur) entre alors en collision avec la réalité de l'objet déceptif ou, plus exactement, de soi comme « objet déceptif », pour une intolérable représentation, qui ne peut alors suffire à contenir le clivage à l'épreuve d'un traumatisme sans cesse réédité par « à-coups ». Alors qu'étant à temps partiel dans le service, nous sommes absents ce jour-là, Pierre, en colère, prend sa voiture et menace de « rouler » sur un agent de sécurité du centre de réadaptation. La relecture de cet acte par rapport à son accident de voiture et du glissement des rôles (passif puis actif) est saisissante. En agissant de la sorte, Pierre rejoue activement sa passivité. Il savait qu'il risquait l'exclusion (puisque'un travail sur le règlement intérieur était instauré dans les toutes premières semaines de stage). Ainsi se pose la question de savoir dans quelle mesure Pierre n'a-t-il pas choisi de mettre un terme à la dissonance temporelle qui écartait son suivi psychologique, des exigences cognitives attendues dans un tel stage de réinsertion professionnelle ?

Ici, il est aisé de voir les difficultés liées à l'intrication des prises en charge psychologique et neuropsychologique, particulièrement en matière de remédiation cognitive et du réentraînement. En effet, la dimension éducative inévitable au travail de réinsertion socioprofessionnelle, côtoie la déconstruction inhérente à toute psychothérapie, dès lors qu'elle dépasse les bornes d'un simple suivi de soutien. Nous pouvons alors nous interroger sur la nécessité de séparer les espaces de suivi neuropsychologique et psychothérapeutique, tant sur le plan spatial (par l'intermédiaire d'un autre lieu) que temporel, pour ne pas avoir à freiner pour autant l'engagement du sujet dans un travail psychothérapeutique, teinté d'une curiosité et d'une nécessité éminemment véhiculée par la nature du travail éducatif en cours.

## Conclusion

---

Si, institutionnellement, les missions du psychologue clinicien sont souvent définies par des directeurs et chefs de service non-psychologues, celles-ci recouvrent généralement les notions d'évaluation, de prise en charge et d'orientation. Les directions susmentionnées sont parfois contestables, ne serait-ce que par le code de déontologie des psychologues (2012, Titre 1, chapitre 3), qui, dans son troisième principe, repris dans l'article 23, argue en faveur de l'autonomie du choix du psychologue au sujet des méthodes et techniques qu'il applique. Ces contradictions seraient alors à mettre en perspective avec des risques de clivages institutionnels en miroir du clivage traumatique de Pierre.

En UEROS, comme dans beaucoup d'autres services, le patient-stagiaire ne reste que quelques mois. Le psychologue clinicien se doit de l'accompagner « le mieux possible », le temps de son stage, pour accueillir notamment les potentialités dépressives liées à ce que les neuropsychologues décrivent comme la « levée de l'anosognosie ». Or, bien évidemment, la réalité psychique et complexe des stagiaires accueillis nécessite de prendre en charge le sujet

Pelladeau, E., Marchand, J.-B. & Pommier, F. (2017). Du traumatisme crânien à la névrose traumatique. Les difficultés de la prise en charge pluridisciplinaire du patient en stage de réinsertion professionnelle, entre liaison, déliaison et rééducation. *Bulletin de psychologie*, 548, 131-139. <https://doi-org.ressources.univ-poitiers.fr/10.3917/bupsy.548.0131>

dans sa globalité : un sujet qui va travailler de nouveau, un sujet social et un sujet souvent traumatisé, au-delà même de son traumatisme crânien, au sens strictement médical du terme.

Il est de plus en plus courant que l'approche comportementaliste soit privilégiée au sein de ces services pour que le travail du clinicien, celui du neuropsychologue et des formateurs servent, de concert, le même objectif : réentraîner, rééduquer et travailler sur le symptôme, prenant alors le risque d'un « décrochage » des plus fragiles psychologiquement. Or, il reste des services où les directeurs embauchent des psychologues d'orientation psychanalytique qui, même s'ils s'inscrivent dans des suivis de soutien « ponctuels », ne peuvent pas faire l'économie du rythme d'un patient présentant parfois quelques susceptibilités dépressives, et nécessitant, avant de penser un réentraînement ou une quelconque remédiation, de « travailler le traumatisme ».

Faut-il alors penser à une évaluation psychologique et psychiatrique plus poussée et répétée, en amont de l'entrée en stage, avant même la mise en place des journées d'accueil destinées à évaluer le stagiaire à un niveau interdisciplinaire, pour décider de son intégration en UEROS ? Peut-on vraiment orienter le stagiaire vers une psychothérapie et différer alors son intégration du service ? Dans quelle mesure le temps du traitement psychologique doit être différent du travail de réinsertion ? Tout cela ne participe-t-il pas d'un tout, vers le dépassement du traumatisme ? La solution résiderait alors, peut-être, dans une dispersion des lieux. Auquel cas, peut-on décemment penser que la mission du psychologue clinicien dans ces services peut se résumer à l'évaluation ?

Toutes ces questions nécessitent de mener une réflexion sur l'articulation possible entre psychologue clinicien, neuropsychologue et missions des formateurs, pour que le clivage institutionnel puisse céder sous la reprise d'une pensée commune, sans nier les spécificités de chaque fonction au service de l'interdisciplinarité. Ces considérations seraient à mettre en perspective d'un principe de réalité inscrit entre exigence éducative immédiate et travail du traumatisme. Dans pareil cas, le clivage traumatique d'un patient tel que Pierre pourrait résonner avec des scissions, voire des clivages institutionnels et interdisciplinaires. À ce sujet, les travaux de Wacjman (2012), à propos des psychothérapies en institution, peuvent nous apporter des pistes de réflexion intéressantes. L'auteur insiste sur la dimension sanitaire inhérente aux activités éducatives comme aux dispositifs psychothérapeutiques, si ceux-ci sont utilisés de concert. Leurs prescriptions dépendraient des pathologies des patients et des diverses modalités transféro-contre-transférentielles engagées avec les professionnels qui auraient à travailler en équipe. Wacjman rappelle que c'est l'institution, dans ce qu'elle représente sur le plan symbolique, qui est le vecteur de ces modalités de soins. L'articulation pluridisciplinaire serait-elle alors à penser dans une séquentialité des interventions de chacun, pour que l'articulation des fonctions respecte la temporalité somatique et psychique du patient ?

## Références

Bacqué (Marie-Frédérique).– Deuils post-traumatiques et catastrophes naturelles, *Études sur la mort*, 123, 2003, p. 111-130.

Barrois (Claude).– Les névroses traumatiques : le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques, Paris, Dunod, 1988.

Pelladeau, E., Marchand, J.-B. & Pommier, F. (2017). Du traumatisme crânien à la névrose traumatique. Les difficultés de la prise en charge pluridisciplinaire du patient en stage de réinsertion professionnelle, entre liaison, déliaison et rééducation. *Bulletin de psychologie*, 548, 131-139. <https://doi-org.ressources.univ-poitiers.fr/10.3917/bupsy.548.0131>

Bokanowski (Thierry).– Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse : traumatisme, traumatique, trauma, *Carnet psy*, 155, 2011, p. 41-46.

Brusset (Bernard).– *Les psychothérapies*, Paris, Presses universitaires de France, 2003.

Crocq (Louis).– Critique du concept d'état de stress post-traumatique, *Perspectives psychiatriques*, 35, 5, 1996, p. 363-376.

Crocq (Louis).– *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob, 1999.

Crocq (Louis).– *16 leçons sur le trauma*, Paris, Odile Jacob, 2012.

Ferenczi (Sandor).– *Psychanalyse IV. Œuvres complètes 1927-1933*, Paris, Payot, 1982.

Freud (Sigmund).– *Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort. Essais de psychanalyse [1915]*, Paris, Payot, 2001.

Freud (Sigmund).– *Abrégé de psychanalyse*, Paris, Presses universitaires de France, 1938.

Kernberg (Otto).– *Psychanalyse, psychothérapie psychanalytique et psychothérapie de soutien : controverses contemporaines*, *Revue française de psychanalyse*, numéro hors série, 2001, p. 15-36.

Laplanche (Jean), Pontalis (Jean-Bertrand).– *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Presses universitaires de France, 1967.

Lermuzeaux (Christophe).– *Les troubles psychiatriques post-traumatiques chez le traumatisé crânien*, *L'information psychiatrique*, 88, 2012, p. 345-352.

Oppenheim (Hermann).– *Die traumatischen Neurosen*, Berlin, Hirschwald, 1884 (traduction des extraits tirés de l'ouvrage d'Oppenheim : A. Hirschelmann et P. Pignol, dans Pignol (P.), *Le travail psychique de victime : essai de victimologie*, thèse de doctorat en psychologie, Rennes 2, 2011, p. 128).

Roussillon (René).– *Agonie, clivage et symbolisation*, Paris, Presses universitaires de France, 1999.

Wacjman (Claude).– À propos des psychothérapies en institution, *Bulletin de psychologie*, 65, 2, 2012, p. 193-198.